

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa

KERSTIN STENIUS & TUULA KEKKI & KRISTIINA KUUSSAARI & AIRI PARTANEN

Tausta ja selvityksen tavoite

Viime vuosina monissa länsimaissa on etsitty uusia tapoja luoda laadukkaampia ja kustannustehokkaampia päihdepalveluita. Laatu on yritetty parantaa muun muassa kouluttamalla henkilökuntaa ja lisäämällä näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä. Hoitojärjestelmän mahdollisuuksia vastata väestön tarpeisiin on yritetty tehostaa kehittämällä palvelujärjestelmän eri osien yhteistyötä ja parantamalla palveluiden valikoimaa. Myös erilaisten moniongelmaisten (esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaat) ryhmien tarpeita on pyritty ottamaan huomioon palvelujärjestelmien uudistuksissa. (ks. Rush & al. 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2009 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman. Suunnitelma korostaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistä yhdessä. Suunnitelman mukaan palveluita pitäisi kehittää vahvistamalla asiakkaan asemaa, lisäämällä edistävää ja ehkäisevää työtä, kehittämällä palveluiden toiminnallista kokonaisuutta sekä tehostamalla ohjauskeinoja. Kehittämisehdotuksina suunnitelmassa mainitaan muun muassa joustava pääsy mielenterveys- ja päihdepalveluihin peruspalveluiden tasolla yhden oven periaatteella, kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluiden koordinoiminen toimivaksi palvelukokonaisuudeksi sekä erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon yhdistäminen. Lisäksi ehdotetaan mielenterveys- ja päihdetyön suositusten kokoamista yhteen tietokantaan, mielenterveys- ja päihdehuoltolakien mahdollista yhdistämistä sekä lisää valtionosuuksia perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi. (STM 2009; Moring & al. 2011, 16–17.) Nämä kaikki suositukset viittaavat eri tavoin palveluiden integraatioon.

Palveluiden integroimisen syyksi suunnitelmassa mainitaan ennen kaikkea kaksi tekijää. Ensimmäkin todetaan, että mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyvyys on lisääntynyt. Palvelujärjestelmän tulisi pystyä vastaamaan asiakkaiden moniulotteiseen palvelutarpeeseen aikaisempaa tehokkaammin. Lisäksi suunnitelmassa todetaan, että järjestelmätasolla mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat toisistaan erillään, eivätkä siksi pysty parhaalla mahdollisella tavalla vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Hajanaisen palvelujärjestelmän katsotaan vaikeuttavan palveluihin pääsyä ja hoidon jatkuvuutta. (STM 2009, 13.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ei ole luonteeltaan sitovaa ohjausta, vaan se sisältää joukon ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön yhteisestä kehittämisestä. Toistaiseksi on olemassa hyvin vähän systemaattisesti analysoitua tietoa siitä, miten mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmien integraatio etenee suomalaisissa kunnissa. Tiedossa on, että suunnitelma on otettu yleensä positiivisesti vastaan (Partanen & al. 2010) ja että se on johtanut keskenään erilaisten uusien käytäntöjen syntymiseen toimijoiden piirissä (Moring & al. 2011).

Tämän kirjoituksen tavoitteena on *selvittää, miten mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiota on kunnissa tulkittu ja toteutettu vuosina 2009–2010, sekä alustavasti sitä, mitkä järjestelmätason tekijät voivat selittää sekä kuvata integraation toimeenpanoa*. Tarkastelemme palveluiden integraatiota erityisesti päihdepalveluiden näkökulmasta. Ensin raportoimme, missä määrin kunnat kuvaavat mielenterveys- ja päihde-

Kiitämme Tuukka Tammea hyödyllisistä ja rakentavista kommentista aikaisempaan versioon.

palveluitaan integroituina. Sen jälkeen tarkastelemme, mitä integroidut ja ei-integroidut palvelut käytännössä merkitsevät kunnallisella tasolla.

Integraatio päihdehuollon haasteena

Päihdehuollon kannalta mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteinen kehittäminen ja niiden integraatio merkitsevät suurta muutosta. Suomessa päihdehuolto on kehittynyt omiksi erityispalveluikseen. Aina 1930-luvulta asti tähän päivään saakka päihdehuolto on kytkeytynyt ennen kaikkea sosiaalihuoltoon. Kansainvälisesti katsoen Suomessa on laaja päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä (Klingemann & al. 1992). On selvää, että olemassa olevat erilliset palvelurakenteet hidastavat muutoksia. Sosiaalipalvelupainotteisuuden lisäksi suomalaiselle päihdehuoltojärjestelmälle on myös ominaista ei-julkisten palveluntuottajien vahva asema. Yli puolet päihdehuollon erityispalveluista on ei-julkisten toimijoiden tuottamia (Kekki & Partanen 2008).

Toisaalta on esitetty, että mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteet ovat osin sellaisia, joita on jo aiemmin painotettu päihdehuollossa: ennaltaehkäisy merkitys, vapaaehtoisuus, avohoitopainotteisuus ja asiakkaiden osallisuus (Kuussaari & Partanen 2010). Vuonna 1986 annetussa päihdehuoltolaissa päihdehuollon erityispalveluiden lähtökohtia ovat omaehtoinen hoitoon hakeutuminen ja avohoitoon painottuva palvelujärjestelmä. Päihdehuoltolaki määrittelee kunnan tehtäväksi päihdepalveluiden järjestämisen kunnassa ilmenevän tarpeen mukaisesti. Toiminnan tavoitteiksi laissa määritellään päihteiden ongelmakäytön ja siihen liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisy sekä päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen. Palveluiden toteuttamisessa viitataan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa annettaviin päihdehuollon palveluihin että erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuihin palveluihin. Nykyisiä integraatiopyrkimyksiä tarkasteltaessa on huomionarvoista, että Mieli 2009 -suunnitelman valmistelun yhteydessä ei tehty kattavaa kartoitusta kuntien päihdepalveluista ja niiden puutteista. Mieli 2009 -suunnitelman kehittämisedotusten taustalla olevat olettamukset palveluiden ongelmista perustuvat enemmänkin palvelujärjestelmän ongelmia koskeviin yleisiin käsityksiin kuin spesifiseen tutkimustietoon.

Edellä kuvatun valossa oli odotettua, että suunnitelma herätti julkaisuvaiheessa ristiriitaisen vastaanoton (Partanen & al. 2010, 48–56, 58–59). Ammattilehdissä (Kuussaari 2010) kritiikkiä kohdistettiin muun muassa siihen, ettei suunnitelman taustaksi ollut tehty kattavaa palvelujärjestelmänalyysiä, eikä siinä ollut esitetty ehdotusten taustalla olevia perusteluja. Sen sijaan nostettiin esille monien hoitojärjestelmään tulon mahdollisuuksien tärkeys mielenterveys- ja päihdeongelmien moniulotteisuuden vuoksi. On myös oletettavaa, että palveluintegraation edetessä päihdehuollossa esiintyy mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmien integraatioon kohdistuvaa muutosvastarintaa. Mistä integraation tarve nousee päihdehuollon näkökulmasta katsottuna?

Reformi ja retoriikka monien muutosten aikana

Suomessa kunnilla on mahdollisuus varsin itsenäisesti päättää omasta palvelurakenteestaan. Tästä johtuen kuntien palvelurakenteet ovat keskenään hyvinkin erilaisia. Valtiollisesta voimakaasti ohjatusta vastuusta sosiaalisten ongelmien hallinnoinnissa siirryttiin kuntalain uudistuksen myötä 1990-luvun alkupuolella kunnille hajautettuun vastuuseen, jolloin paikallisten erojen sallittiin kasvaa. (Kaukonen 2000, 129 & 202.) Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä on sen jälkeen vakiintunut suurimmilla paikkakunnilla, mutta pienillä paikkakunnilla päihdeongelmaiset saavat useimmiten palvelunsa ei-päihdetyöhön erikoistuneista sosiaali- ja terveydenhuollon yleisistä palveluista.

Päihdepalvelujärjestelmissä tapahtuvat muutokset ovat usein palvelujärjestelmän muissa osissa tapahtuvien muutosten seurausta (Babor & al. 2008). Tällä hetkellä koko suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on suuressa muutoksessa, niin lainsäädännön¹ kuin palvelujen järjestämisen tasolla. Palvelujen järjestämisen muutoksiin vaikuttavat tällä hetkellä mielenterveys- ja päihdesuunnitelman lisäksi myös

¹ Uusi terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1.5.2011. Hallituksen esitys uudesta sosiaalihuoltolaista on tarkoitus saada vuoden 2012 aikana. Näiden lisäksi valmistellaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia ja itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevaa lainsäädäntöä.

sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva kunta- ja palvelurakenneuudistus – ja koko kuntauudistus.

Julkisen hallinnon uudistuksissa painotetaan tällä hetkellä myös hallinnon ja palvelutuotannon tuotos–panos-suhdetta. Keskustelussa korostetaan julkisten palveluiden ja ulkopuolisen palvelutuotannon suhdetta kunnalliseen palveluun niin, että ulkopuolinen palvelutuotanto olisi mahdollisimman vertailukelpoista julkisten palvelujen rinnalla. Tähän tarpeeseen on lähdetty soveltamaan markkinasuuntautunutta tilaaja–tuottaja-mallia. Tilaaja–tuottaja-mallilla tarkoitetaan julkisten palveluiden organisoimista niin, että palvelun tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan ja tilaajan ja tuottajan välistä toimintaa ohjataan keskinäisin sopimuksin. (Pauni 2011, 13–18.) Päihdehuollon palveluiden osalta siirtyminen tilaaja–tuottaja-malliin koskee potentiaalisesti suurta osaa palveluista, koska yli puolet palveluista on ei-voittoa tavoittelevien järjestötoimijoiden tai yksityisten palveluntuottajien tuottamia.

Muutospaineiden alla, mutta niukassa taloudellisessa tilanteessa, reformeihin ei välttämättä liity suuria taloudellisia houkuttimia. Sen sijaan uudistuksiin saattaa kohdistua säästötoiveita. Toisaalta, vaikka toiminnallisia tai hallinnollisia muutoksia ei tapahtuisikaan, voi silti tapahtua muutoksia retoriikassa: aletaan puhua käyttäen uusia, poliittisesti hyväksytyjä termejä (ks. esim. Premfors 1998). Integraatiosta, joka on hyvin monimerkityksinen termi, onkin tullut muotisana Suomen päihdehuollossa. Suhde retoriikan ja todellisuuden välillä on kuitenkin vielä selvittämättä.

Mitä kaikkea integraatio voi tarkoittaa?

Palveluiden integraatio on käsitteenä moniulotteinen, vaikeasti rajattavissa ja sen päällimmäinen tulkinta riippuu paikallisen palvelujärjestelmän historiasta. Esimerkiksi William Miller ja Constance Weisner (2002) käyttävät tutkimuksessaan integroitujen palvelujen käsitettä, kun he puhuvat USA:n päihdepalvelujärjestelmästä ja sen yhteyksistä ennen kaikkea terveydenhuoltoon, mutta myös mielenterveyspalveluihin ja sosiaalipalveluihin. Pohjoismaissa päihdepalveluiden juuret ovat köyhäinhoidossa ja ne ovat näin ollen kehittyneet selkeästi yhteydessä sosiaalipalveluihin (Aalto 2007; Kaukonen 2000; Edman

& Stenius 2007). Suomalaisessa palvelujärjestelmässä yksi keskustelun aihe integraation näkökulmasta on ollut se, sijoittuvatko päihdehuollon erityispalvelut hallinnollisesti terveydenhuollon vai sosiaalipalvelujen alaisuuteen.

Integraation tarpeellisuutta on perusteltu yksilön kannalta sillä, että integroiduissa palveluissa asiakkaan monet erilaiset ongelmat tulisivat paremmin kohdatuiksi. Tämä on suomalaisissa suunnitteluasiakirjoissa yleisimmin mainittu integraation perustelu. Lisäksi on ajateltu, että päihdepalveluiden integrointi varsinkin perusterveydenhuoltoon tai sosiaalityöhön parantaisi hoidon saatavuutta ja mahdollistaisi varhaiset toimenpiteet sekä hoidon, joka ei vaadi kustannuksiltaan selvästi kalliimpia erityispalveluita. (Rush & Nadeau 2010.) Hoidon laadun ja saatavuuden parantamisen lisäksi palveluiden integraation taustalta löytyy usein myös taloudellisia intressejä. Ajatellaan, että palveluita integroimalla resurssit tulevat tehokkaammin käytetyiksi ja yhteiskunta voi välttää kalliit päällekkäisyydet palveluiden tuotannossa. (Stenius 2009, 211.)

Brian R. Rushin ja Louise Nadeaun (2011) mukaan nimenomaan päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraation suunnittelun lähtökohdana pitäisi aina olla näkemys siitä, että on olemassa hyvin erilaisia ja eritasoisia mielenterveys- ja päihdeongelmia. Ongelmien moniulotteisuuden takia hoitojärjestelmän (tai hoitojärjestelmien) tulisi tarjota erilaisia interventio-, hoito- ja yhteistyömuotoja. Asiakkaan kannalta tärkeää on se, että hän saa tarvitsemansa avun tai ainakin tiedon siitä, mistä apua voi hakea. Rush ja Nadeau (2011) korostavat myös sitä, että olisi hyvä laajentaa ymmärrystä integroidusta hoidosta siten, että se kattaisi mielenterveys- ja päihdepalvelujen lisäksi kaikki asiakkaan kannalta tärkeät palvelukokonaisuudet (esim. työvoima- ja asumispalvelut sekä toimeentuloon liittyvät palvelut). Sosiaalihuoltoon orientoituneella hoitojärjestelmällä olisi tähän paremmat edellytykset.

Rush ja Nadeau (2011) jakavat integraation *palvelu- ja järjestelmäintegraatioon*. Järjestelmäintegraatiolla he tarkoittavat sitä, että yksilön pääsy palveluihin taataan esimerkiksi vahvistamalla päihde- ja mielenterveyspalvelujen yhteistä hoitopolitiikkaa, ohjaamalla resursseja sekä seuraamalla aktiivisesti toimintaa ja sen vaikutuksia. Järjestelmätason integraation sisällä on variaatiota ja sen tavoitteet ja tarkoitus saattavat vaihdella. Kustannustehokkuus, suunnitelmallisuus ja laa-

tutakuu ovat kuitenkin elementtejä, jotka usein löytyvät järjestelmätason integraation taustalta.

Palveluintegraatio tarkoittaa Rushin ja Nadeaun (2011) mukaan puolestaan sitä, että asiakas saa samanaikaisesti hoitoa sekä päihde- että mielenterveysongelmiinsa. Palveluintegraatio on siis ennen kaikkea tarkoitettu moniongelmaisille, kuten kaksoisdiagnoosiasiakkaille (Aalto 2007). Hoito toteutetaan tiimissä, jolla on yhteinen hoitofilosofia. Palveluintegraatio ei välttämättä edellytä yhteistä järjestelmää. Se voi olla järjestelmien yhteistyön tulosta, mutta konkreettinen toiminta saattaa tapahtua fyysisesti eri paikoissa.

Tutkimuskunnat

Miltä integraatio näyttää Suomen kunnissa? Aineistomme koostuu 30 kunnan päihde- ja mielenterveyspalvelujen järjestämisestä koskevista tiedoista. Kuntien valintaprosessin lähtökohdaksi otimme raportin (Kokko & al. 2009), jossa keväällä 2009 kysyttiin kunnilta: ”Onko kunnassa/ yhteistoiminta-alueella toimintayksiköitä, joihin on koottu yhteiseksi kokonaisuudeksi perinteisesti eri sektoreilla tuotettuja palveluja, esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalvelut, lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut, perhe- tai perhepalvelukeskukset?” Tämä kysymys voi viitata Rushin ja kumppaneiden luokituksen mukaan sekä palveluiden että järjestelmän integraatioon. Vastauksia saatiin 313 kunnasta, joista 56 (18 %) ilmoitti, että mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat integroituja (Kokko & al. 2009, 142).

Valitsimme tämän raportin (Kokko & al. 2009) pohjalta tähän tarkasteluun mukaan kaikki yli 30 000 asukkaan kunnat, jotka olivat itse ilmoittaneet, että niissä oli integroidut päihde- ja mielenterveyspalvelut vuonna 2009. Koska aineistosta löytyi ainoastaan kahdeksan tarpeeksi suurta kuntaa, otimme lisäksi mukaan kaksi yli 30 000 asukkaan kuntaa raportin ulkopuolelta. Perusteena näiden kahden lisäkunnan, Espoon ja Salon, valinnalle oli se, että niissä tiedettiin palveluita kehitetyn kohti integroituja mielenterveys- ja päihdepalveluita.

Integroitujen palveluiden kunnille etsimme vastinpareiksi kuntia, jotka ovat samaa kokoluokkaa, joissa alkoholin kulutus on samaa tasoa, mutta joissa päihde- ja mielenterveyspalvelut toimivat toisistaan erillisinä palvelukokonaisuuksina. Halusimme tutkia, oliko integraation

aste näissä kunnissa todella vähäisempi ja jos oli, selittääkö sitä jokin selvä järjestelmätason tekijä.

Yli 30 000 asukkaan kuntien lisäksi mukaan tarkasteluun otettiin myös kymmenen² alle 30 000 asukkaan kuntaa. Pienet kunnat haluttiin mukaan asetelmaan, koska on oletettavaa, että integraatio toteutuu niissä eri tavalla kuin suurissa kunnissa. Integroitujen kuntien valinnan taustalla oli jälleen kevään 2009 raportti (Kokko & al. 2009). Ei-integroituja kuntia haettiin jo aikaisemmin mainittujen kriteerien avulla samasta aineistosta (kunnan koko ja alkoholin kulutus). Tutkimuksessa mukana olevat kunnat löytyvät taulukosta 1.

Varsinainen tutkimusaineisto koostuu informaatiosta, joka on kerätty kuntien www-sivuilta vuoden 2010 alkupuolella. Tietoja kerättiin seuraavista palvelujärjestelmää koskevista asiakokonaisuuksista:

- Kuntien strategiat
- Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden organisointi (kunta, kuntayhtymä tms.)
- Päihdehuollon palveluiden organisointi (kunta, A-klinikkasäätiö tms.)
- Mielenterveyspalveluiden organisointi (kunta, kuntayhtymä, sairaanhoitopiiri tms.)
- Psykiatrinen hoito (sairaanhoitopiirit)
- Päihde- ja mielenterveystyön strateginen suunnitelmallisuus ja integraatiotavat (järjestelmä- tai palveluintegraatio)
- Päihdehuollon perus- ja erityispalvelut (yksiköt) kunnassa (kunnan/kuntayhtymän omat, ostopalvelut tms.)
- Kunnalliset mielenterveyspalvelut ja psykiatriset erikoissairaanhoidon (sairaanhoitopiirit) palvelut (yksiköt)

Käytössä olleen tutkimusaineiston perusteella tehtiin kuntaluokitus. Käytännössä luokittelu tehtiin niin, että mukana olevat tutkijat luokittelevat kunnat ensiksi kukin tahollaan ja sen jälkeen tarkasteltiin yhdessä, missä määrin luokittelevat olivat yhdenmukaisia ja missä kohden ne erosivat toisistaan. Eri tutkijoiden luokittelut olivat keskenään hyvin samankaltaisia. Eriäviä näkemyksiä yksittäisten kuntien luokittelusta ei esiintynyt. Joidenkin kuntien osalta todettiin kuitenkin lisätiedon hankkimisen olevan tarpeellista, jotta lopullinen paikka luokittelussa löytyisi.

² Viisi integroitua ja viisi ei-integroitua kuntaa.

Taulukko 1. Tutkimuksessa mukana olevat kunnat (Kokko & al. 2009) sekä Salo ja Espoo

Integroidut kunnat		Ei-integroidut kunnat	
Yli 30 000 asukasta	Alle 30 000 asukasta	Yli 30 000 asukasta	Alle 30 000 asukasta
Hyvinkää	Forssa	Tampere	Heinola
Imatra	Iisalmi	Vantaa	Kuusamo
Jyväskylä	Inari	Turku	Nilsia
Kaarina	Keuruu	Lahti	Keitele
Lohja	Ypäjä	Kouvola	Hämeenkyrö
Nokia		Rovaniemi	
Oulu		Vaasa	
Espoo		Hämeenlinna	
Salon		Lappeenranta	
Seinäjoen		Kotka	

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraation variaatiota

Seuraavaksi tarkastelemme tutkimuksessa mukana olevia kuntia sen mukaan, millä tavalla päihde- ja mielenterveyspalvelut oli kunnissa integroitu. Käyttämämme jaottelun taustalla on Rushin ja Nadeaun (2011) ajatus siitä, että integraatio voidaan jakaa palvelu- ja järjestelmäintegraatioon.

Järjestelmäintegraatiolla tarkoitamme sitä, miten mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat sijoittuneet kunnan yleiseen palvelurakenteeseen. Palvelut ovat järjestelmätasolla integroituja, jos ne ovat saman hallinnonalan (esim. terveydenhuolto tai psykososiaaliset palvelut) alaisuudessa ja niiden resurssit tulevat samasta budjetista. Niillä on siis yhteinen paikallinen poliittinen ohjaus. Järjestelmä-integraatiolle tämän artikkelin merkityksessä pitäisi olla mahdollista, että mielenterveys- ja päihdepalvelut on organisoitu siten, että hoitoa ohjaavat yhteiset periaatteet ja tavoitteet. Lisäksi yhteistyön pitäisi toimia niin, että hoitoketjut ovat mahdollisimman katkeamattomia ja lähetekäytännöt joustavia. Myös päihde- ja mielenterveyspalveluiden fyysinen sijainti lähellä toisiaan on olennaista.

Palveluintegraatiolla tarkoitamme puolestaan sitä, että mielenterveys- ja päihdepalvelut, riippumatta hallinnollisesta yhteydestä, tarjotaan samassa palvelussa tai yhteisissä tiimeissä. Toiminnallisessa integraatiossa toimintaa ohjaa yksi yhtenäinen hoitosuunnitelma, jonka toteuttamisesta vastaa yhteinen hoitotiimi.

Taulukossa 2 on tekemämme luokittelu järjestelmä- ja palveluintegraation mukaan taulukon 1 kunnista. Joidenkin kuntien osalta on käsitelty nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluita omina kokonaisuuksinaan, koska palvelut on järjestetty toisistaan poikkeavilla tavoilla.

Huomionarvoista on, että kaikki kunnat, jotka valitsemassamme raportissa (Kokko & al. 2009) ilmoittautuivat integroiduiksi, on myös meidän tutkimuksessamme arvioitu jollain tavalla integroiduiksi. Suurimmassa osassa tässä selvityksessä mukana olleista 30 kunnasta on järjestelmä-integraatio (19)³. Vain noin puolessa niistä kunnista, joilla on järjestelmä-integraatiota (9 kuntaa), on myös palveluintegraatiota. Kahdessa kunnassa palveluiden integrointi koski vain nuorten palveluita; tällöin nuorisosemat ja vastaavat nuorten erityispalvelut tarjosivat palveluita moniammatillisissa tiimeissä sekä mielenterveys- että päihdeongelmiin. Palveluintegraatio ilman järjestelmä-integraatiota ei ole kovin tavallista ja sellainen löytyy vain kolmesta kunnasta.

Yritimme myös alustavasti tutkia, mitkä voisivat olla järjestelmätason syyt siihen, että päihde- ja mielenterveyspalvelut on integroitu tai ei ole. Ensimmäinen hypoteesi oli, että vahva paikallinen päihdehuolto voisi olla vasta-argumentti integraation tarpeeseen.

3 Jyväskylän ja Vaasan kohdalla palvelut on jaoteltu erikseen nuorten ja aikuisten palveluihin. Tämä tarkoittaa sitä, että kyseiset kaupungit on esitetty taulukossa kahteen kertaan. Sulkujen sisällä olevasta täsmennyksestä näkyy, onko kyseessä aikuisten vai nuorten/lasten palvelu.

Taulukko 2. 30 kunnan luokittelu järjestelmä- ja palveluintegraation mukaan vuonna 2010

A. Sekä järjestelmä- että palveluintegraatio*
7 kuntaa, lisäksi 2 kuntaa, joissa järjestelmäintegraatio mutta palveluintegraatio vain nuorten palveluissa
B. Vain järjestelmäintegraatio, ei palveluintegraatiota**
10 kuntaa
C. Vain palveluintegraatio, ei järjestelmäintegraatiota
3 kuntaa, joista yhdessä vain nuorten palveluissa
D. Ei järjestelmä- eikä palveluintegraatiota
8 kuntaa

* Palveluista vastaavan kunnan organisaation osa: Mielenterveystyö / Perusturvakeskus / Lasten ja perheiden erityispalvelut / Psykiatrian ja psykososiaalisten palvelujen tulosalue / Terveyspalvelut / Psykososiaaliset palvelut

** Palveluista vastaavan kunnan organisaation osa: Mielenterveys- ja sosiaalipalvelut / Perhe- ja sosiaalipalvelut / Terveyspalvelut / Mielenterveystyö tai -palvelut / Psykososiaaliset palvelut / Perhe- ja aikuissosiaalityö / Sosiaalipalvelut

Hypoteesimme sai osittain vahvistusta. Tampereella, Kouvossa, Turussa, Lahdessa, Hämeenlinnassa, Kotkassa, Espoossa ja Salossa eli kunnissa, joissa A-klinikkasäätiöllä on toimipisteitä, ainoastaan kaksi viimeksi mainittua näyttävät vuonna 2010 olleen järjestelmätasolla integroituja. Sekä Espoossa että Salossa mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio on tapahtunut vasta hiljattain. Vantaalla, jossa myöskään ei ole integraatiota, on harvinaisen vahva kunnallinen A-klinikka.

Psykososiaaliset palvelut ovat kehittyneet yhtenäisiksi kokonaisuuksiksi 1990-luvulta lähtien erityisesti niillä alueilla, joilla mielenterveystoimistojen palvelut siirtyivät sairaanhoitopiireiltä kunnan perustasolle terveyskeskuksiin (Kokko & al. 2009). Tämän tutkimuksen kunnista testattiin hypoteesina sitä, että tämä yhteys koski päihde- ja mielenterveyspalveluita yhtenä osana näistä psykososiaalisista palveluista. Seitsemän kuntaa löytyy niiden sairaanhoitopiirien alueilta, jotka valitsemamme raportti (Kokko & al. 2009) mainitsee hyvinä esimerkkinä mielenterveystoimistojen palveluiden siirtymisestä terveyskeskuksiin. Kolmessa kunnassa näistä seitsemästä on sekä järjestelmä- että palveluintegraatiota, kahdessa vain järjestelmäintegraatiota ja kahdessa kun-

nassa päihde- ja mielenterveyspalveluita ei ole integroitu millään tavalla. Raportti (Kokko & al. 2009) mainitsee myös alueita, joilla mielenterveystoimistot edelleen kuuluivat sairaanhoitopiirin alaisuuteen. Meidän aineistostamme löytyy kolme kuntaa näiltä alueilta: yhdessä kunnassa on sekä palvelu- että järjestelmäintegraatiota (äskettäin perustettu), yhdessä on palveluintegraatiota ilman järjestelmäintegraatiota ja yhdessä ei ole mitään integraatiota. Simo Kokon ja hänen kollegoidensa hypoteesi saa vain jonkin verran tukea aineistostamme.

Järjestelmäintegraatiota on tapahtunut hyvin erilaisissa hallinnollisissa rakenteissa. Kunnissa palveluiden järjestämisen tavat eroavat selvästi toisistaan. Yhdeksässä eli noin puolessa integroiduista kunnista integraatio oli toteutettu terveydenhuollon tai mielenterveystyön alla. Muissa kunnissa integraatio on tapahtunut hallinnossa, jossa sosiaalipalveluilla on merkittävä rooli. Tässä suhteessa ei ollut eroja pienten ja isompien kuntien välillä.

Seuraavaksi kuvaamme tarkemmin, miten erilaiselta integraatio kunnissa näyttää ja miten kunnat ovat perustelleet omia ratkaisujaan.

Järjestelmä- ja palveluintegraatio

Seuraavassa nostamme esiin kaksi kuntaa, joissa palvelut ovat tulkintamme mukaan integroituja sekä järjestelmätasolla että palvelutasolla tiimiytyä.

Espoossa mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat vuonna 2010 järjestelmätasolla integroituja terveydenhuoltoon. Palveluiden rahoitus ja ohjaus tulivat näin ollen samalta hallinnonalalta. Palveluintegraatiota edusti yhdistetty mielenterveys- ja päihdepalveluyksikkö Emppu, joka avattiin keväällä 2010. Toiminta oli siis aineiston keräämisen aikaan suhteellisen uutta ja voidaan olettaa, että se ei ole vielä tätä artikkelia kirjoitettaessa kovinkaan vakiintunutta. Empun toiminnan alkamista koskevassa tiedotteessa todettiin, että yhdistettyjen palvelujen taustalla on todellisuus, jossa asiakkailta on usein samanaikaisesti sekä mielenterveys- että päihdeongelmia. Tiedotteessa todettiin myös, että keskittämällä mielenterveys- ja päihdepalvelut yhteen osoitteeseen kunnalla on ”paremmat valmiudet tarjota tehokkaiksi todettuja ja yksilöllisesti suunnattuja hoitoja asiakkaille ja heidän läheisilleen”. (Uusi mielenterveys ja päihdepalvelukeskus...) Motiivit palveluiden yhdistämisen taustalla näyttäisivät olleen lä-

hes identtisiä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman taustalla olevien motiivien kanssa. Espoossa myös nuorille suunnatut mielenterveys- ja päihdepalvelut oli yhdistetty Nuorisopoliklinikan tarjoamissa palveluissa.

Imatralla mielenterveys- ja päihdepalvelut yhdistettiin järjestelmätasolla jo 1990-luvun lopussa (Veijo Nevalainen, henkilökohtainen tiedonanto) ja näin ollen järjestelmäintegraatiolla on jo huomattavan pitkät perinteet. Vuonna 2010 Imatran kaupungin mielenterveystyön vastuuyksikkö tuotti erikoissairaanhoidotason mielenterveys- ja päihdepalvelut. Samalle vastuualueelle kuuluivat myös nuorten ja perheiden palvelut. Palvelut voitiin tuottaa joko omana toimintana tai yhteistyössä sairaanhoitopiirin tai muiden tahojen kanssa. Päihdepalvelut sijaitsivat Imatralla mielenterveyskeskuksessa eli fyysisesti samoissa tiloissa, jolloin esimerkiksi ammattilaisten keskinäinen konsultaatio on suhteellisen helppoa. Imatran osalta on kuitenkin huomattava, että integraatio ei ulotu nuorten palveluihin, jotka mielenterveys- ja päihdepalveluiden osalta oli järjestetty toisistaan erillisinä palveluina.

Järjestelmäintegraatio ilman palveluintegraatiota

Oulussa mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat vuonna 2010 järjestelmätasolla yhdessä mielenterveys- ja sosiaalipalvelujen toimialalla. Palvelut olivat kuitenkin toiminnallisesti eriytyneitä siten, että päihdeongelmia hoidettiin A-klinikalla ja nuorten päihdeasema Redi 64:ssä. Mielenterveysongelmia hoidettiin puolestaan mielenterveystoimistoissa sekä erikoissairaanhoidossa Oulun yliopistollisessa sairaalassa (OYS). Erikoissairaanhoidotason palveluissa on tulkittavissa myös jonkinasteista palveluintegraatiota, sillä psykiatrian poliklinikalla oli myös päihdelääketieteen erityisosaamista.

Lappeenrannassa oli vuonna 2010 päihdepalvelujen ja mielenterveyskuntoutuksen vastuuyksikkö, joka sijaitsi terveyspalvelujen tulosalueella. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, Eksote, toimii palvelujen tuottajana. Lappeenrannassa yksittäiset päihde- ja mielenterveyspalvelut olivat kuitenkin eriytyneitä. Päihdeklinikka ja kuntoutumisyksikkö vastasivat päihdeasiakkaiden palvelutarpeeseen. Mielenterveysasiakkaille palveluja tarjosivat puolestaan esimerkiksi mielenterveyskeskus ja terveyskeskus. Lisäksi mielenterveyspotilaille oli päivätoimintaa ja asumispalveluita.

Vain palveluintegraatio

Nostamme tässä esimerkiksi Kaarinan kunnan, jossa mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivat hallinnollisesti niin, että mielenterveyspalvelut on sijoitettu terveydenhuoltoon ja päihdepalvelut ovat perhe- ja sosiaalipalvelujen hallinnon alaisuudessa. Ruohonjuuritasolla mielenterveys- ja päihdetyö kuitenkin yhdistyvät, kun työtä tehdään yhteisessä Vintti-yksikössä. Vintille on yhdistetty osa Kaarinassa tehtävästä mielenterveys- ja päihdetyöstä siten, että Vintillä moniammatillinen henkilökunta huolehtii keskitetysti sekä hoito- että sosiaalityöstä. Vintti sijaitsee fyysisesti Kaarinan terveyskeskuksen tiloissa. Vintin lisäksi tarjolla on päivätoimintaa ja työtoimintaa.

Ei lainkaan integraatiota, mutta kuitenkin valmius hoitaa samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmia

Tässä tyyppissä päihde- ja mielenterveyspalvelut toimivat toisistaan erillisinä palveluina. Ne eivät olleet järjestelmätasolla yhteyksissä toisiinsa eikä niillä ollut myöskään havaittavaa tiimiyhteistyötä. Tämä palveluiden järjestämisen tapa on ollut varsin tyyppillinen suomalaisissa kunnissa jo pitkään. Tavallisin asetelma on se, että mielenterveyspalvelut kuuluvat terveyspalveluihin ja päihdepalvelut toimivat sosiaalipalveluiden alaisuudessa. Joissain tapauksissa kunta ei tarjoa omia mielenterveys- tai päihdepalveluita lainkaan, vaan hankkii päihdepalvelut ostopalveluina esimerkiksi A-klinikkasäätiöltä tai mielenterveyspalvelut sairaanhoitopiiristä.

Kotkassa päihdeklinikka tarjosi vuonna 2010 perhekeskeiseen ajatteluun perustuvaa kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta päihdeongelmallisille sekä heidän läheisilleen. Hoitoon oli mahdollista tulla ilman lähetettä ja se oli asiakkaille ilmaista. Hoito perustui vapaaehtoisuuteen ja yhdessä tehtyyn yksilölliseen hoitosuunnitelmaan ja hoitomuotoina olivat mm. yksilö-, pari- ja perheterapia, ryhmähoito, akupunktio, vyöhyketerapia, erilaiset rentoutusmenetelmät sekä lääkahoito. Päihdeklinikalla oli käytettävissä sosiaaliterapeuttien, sairaanhoitajien sekä lääkärin palvelut ja se vastasi myös opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidon toteutuksesta Kotkassa. Palveluissa vastattiin perheiden, lääkeriippuvuuksien, *kaksoisdiagnoosi*asiakkaiden ja moniongelmaisten lisääntyvään hoidon tarpeeseen. Toiminta-ajatuksena oli edistää moniongelmaisten hoitoa monilla eri tavoilla. Mielenterveyspalve-

luita sai Kotkassa mielenterveyskeskuksesta, jonne hakeuduttiin lääkärin lähetteellä. Kotka on ollut mukana neljän kunnan ”Triangeli- hankkeessa”, jonka tavoitteena on ollut kaksoisdiagnoosi-asiakkaiden hoidon kehittäminen. Hanke on sittemmin päättynyt, mutta työ jatkuu ”Mietippä”-hankkeen piirissä.

Yhteenveto ja pohdinta

Ensinnäkin voimme todeta, että jo vuonna 2009 noin 20 prosenttia vastanneista kunnista raportoiti, että mielenterveys- ja päihdepalvelut oli integroitu jollain tavoin. Sen jälkeen osuus on mitä todennäköisimmin kasvanut.

Integraatio ei ole pelkästään retorinen kuvio. Kaikissa kunnissa, jotka vuonna 2009 ilmoittivat integraatiosta, oli vuotta myöhemmin ainakin järjestelmätason integraatiota. Kahdessa kolmasosassa niistä oli myös palveluintegraatiota. Ja jopa kolmasosassa niistä kunnissa, jotka eivät ilmoittaneet itseään integroiduiksi, oli silti palveluintegraatiota.

Jossain integraatio on tapahtunut jo ennen Mieli-ohjelman lanseerausta. Integraation idea nousee näin ollen myös paikallistasolta, ei vain keskushallinnosta.

Selvityksemme osoittaa sen, että integraatio on käsitteenä epämääräinen ja jopa siinä määrin, että kunnissa, joissa ei mielletä palveluja integroiduiksi, löytyy palveluintegraatiota. Myös hyvin eriytyneissä järjestelmissä on yhteistyötä asiakas- tasolla. Esimerkki löytyy myös siitä, että päihde- palvelujärjestelmän sisällä on integroitu psykiat- rinen hoito.

TIIVISTELMÄ

Kerstin Stenius & Tuula Kekki & Kristiina Kuussaari & Airi Partanen: Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaisema Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma korostaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistä yhdessä. Mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyvyys on lisääntynyt ja järjestelmätasolla erillään olevat palvelut vaikeuttavat niihin pääsyä ja hoidon jatkuvuutta.

Jo vakiintuneen itsenäisen päihdehuoltojärjestelmän kannalta mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteinen kehittäminen ja niiden integraatio merkitsevät suurta

Integraatio tapahtuu hyvin erilaisissa hallinto- malleissa ja eri hallintohaarojen alaisuudessa. Jo- kaisella kunnalla on oma ratkaisunsa. Aineistom- me perusteella voi sanoa, että integraatio on to- teutunut hieman useammin terveydenhuollon organisaatiossa kuin sosiaalihuollon organisaatiossa. Yhdistetty terveyden- ja sosiaalihuollon vastuu on kuitenkin myös tavallinen. Medikali- saation merkityksessä päihdehuollon hallinnolli- sen vastuun siirtäminen terveydenhuoltoon ei siis ole itsestään selvä seuraus mielenterveys- päih- dehuollon integraatiosta suomalaisissa kunnissa.

Vahva, vakiintunut ja monipuolinen A-klinik- katoimi näyttää olevan integraatioprosessin hi- daste tai este – ainakin tämän tutkimuksen mää- ritelmän mukaan. Joissain kunnissa päihdehuol- to tarjoaa näin jo kaksoisdiagnoosipotilaille hoi- toa. Tämä selvitys ei pysty selvästi osoittamaan, että mielenterveystyön siirtäminen sairaanhoito- piiristä kunnille automaattisesti lisää integraatio- ta.

Integraation kehitystä pitäisi seurata. Olisi tär- keä saada tarkempi kuvaa motiiveista ja tekijöis- tä, esimerkiksi järjestelmätasolla, tai taloudellis- ta argumenteista, jotka kunnissa puhuvat integ- raation puolesta tai sitä vastaan.

Koska näyttää siltä, että kansallisella tasolla in- tegraation tarve nousee enemmän psykiatristen palveluiden kuin päihdehuollon osalta, olisi mie- lestämme erittäin tärkeä analysoida, mitkä ovat integraation eri mallien seuraukset päihdehuol- lon asiakkaille. Miten integraatio vaikuttaa sii- hen, ketkä kunnissa saavat hoitoa päihdeongel- miinsa, tai siihen, minkä tyyppistä päihdehoitoa annetaan? Juuri käynnistynyt Suomen Akatemi- an rahoittama projekti ”Päihde- ja Mielenterveys- ja päihdehuolto” etsii tähän vastauksia.

muutosta. Tämän artikkelin tavoitteena on selvittää, miten integraatiota on kunnissa tulkittu ja toteutettu vuosina 2009–2010, sekä alustavasti kuvata, mitkä järjestelmätason tekijät voivat selittää integraation toimeenpanoa. Aineistomme koostuu 30 kunnan päihde- ja mielenterveyspalvelujen järjestämistä koskevista tiedoista. Puolessa näistä kunnista palvelut oli integroitu. Informaatio kuntien palveluista sekä strategioista haettiin Simo Kokon ja hänen kollegoidensa (2009) raportista sekä kuntien www- sivuilta vuonna 2010.

Jo vuonna 2009 noin joka viides kunta ilmoitti, että mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat integroitua.

Integraatio on sen jälkeen yleistynyt. Analyysimme osoittaa, että integraatio-käsite on epämääräinen. Se voi viitata sekä palvelu- että järjestelmätason integraatioon. Melkein jokaisella kunnalla on oma versio integraatiosta: integraatio tapahtuu erilaisissa hallinto-malleissa ja eri hallintohaarojen alaisuudessa. Päihdehuollon siirtäminen terveydenhuoltoon integraation myötä ei ole itsestään selvä seuraus. Vahva a-klinikatoimi näyttää olevan integraatioprosessin

hidaste ja joissain kunnissa päihdehuolto tarjoaa jo kaksoisdiagnoosipotilaille hoitoa.

Olisi tärkeä saada tarkempi kuva motiiveista ja tekijöistä, jotka kunnissa puhuvat integraation puolesta tai sitä vastaan. Koska näyttää siltä, että integraation tarve nousee enemmän psykiatristen palveluiden kuin päihdehuollon taholta, olisi myös tärkeä analysoida, mitkä ovat integraation eri mallien seuraukset päihdehuollon asiakkaille.

KIRJALLISUUS

- Aalto, M.: Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123 (2007), 1293–1298.
- Babor, T. F. & Stenius, K. & Romelsjö, A.: Alcohol and drug treatment systems in public health perspectives: mediators and moderators of population effects. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 17 (2008): S1, S50–S59.
- Edman, J. & Stenius, K.: On the Margins. *Nordic Alcohol and Drug Treatment 1885–2007*. NAD-publication no 50. Helsinki: Nordic Centre for Alcohol and Drug Research, 2007.
- Kaukonen, O.: Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. *Tutkimuksia* 107. Helsinki: Stakes, 2000.
- Kekki, T. & Partanen, A.: Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. S. 29. *Työpapereita* 38/2008. Helsinki: Stakes, 2008.
- Klingemann, H. & Takala, J.-P. & Hunt, G.: *Cure. Care, or Control. Alcoholism treatment in sixteen countries*. Albany: State University of New York Press, 1992.
- Kokko, S. & Heinämäki, L. & Tynkkynen, L.-K. & Haverinen, R. & Kaskisaari, M. & Pekurinen, M. & Tammelin, M.: Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. *Raportteja* 36. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.
- Kuussaari, K.: Katsaus ammattilehdissä suunnitelmasta käytyyn keskusteluun. Teoksessa: Partanen, A. & Moring, J. & Nordling, E. & Bergman, V. (toim.): *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2010. *Avauksia* 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Kuussaari, K. & Partanen, A.: Administrative challenges in the Finnish alcohol and drug treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27 (2010): 6, 667–684.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: *Mieli 2009* -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. *Selvityksiä* 2009:3. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009. URL: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. Viitattu 30.5.2011.
- Miller, W. & Weisner, C.: Integrated care: The need for evidence-based policy, prevention, and treatment. In: Miller, W. & Weisner, C. (eds): *Changing substance abuse through health and social systems*. New York: Kluwer Academic, 2002.
- Moring, J. & Martins, A. & Partanen, A. & Bergman, V. & Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.): *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. *Raportti* 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011.
- Nevalainen, Veijo (2011): henkilökohtainen tiedonanto, lokakuu 2011.
- Partanen, A. & Moring, J. & Nordling, E. & Bergman, V. (toim.): *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. *Avauksia* 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Pauni, M. (toim.): Kehittyvät tilaaja-tuottajamallit suomalaisissa kaupungeissa. *Raportti Toimi 2010 -verkostohankkeen tuloksista*. Verkkojulkaisu. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 2011. URL: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2508. Viitattu 30.5.2011.
- Premfors, R.: Reshaping the democratic state: Swedish experience in comparative perspective. *Public Administration* 78 (1998 Spring), 141–159.
- Päihdehuoltolaki 41/1986. URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. Viitattu 30.5.2011.
- Rush, B. R. & Nadeau, L.: On the integration of mental health and substance use services and systems. In: Cooper, D. (ed.): *Responding in Mental Health-Substance Use, Book 3, Chapter 13*. P. 148–175. *Mental Health-Substance Use Book Series*. Oxford UK: Radcliffe Publishing Ltd., 2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. URL: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamishjelmat_ja_hankkeet/paras. Viitattu 30.5.2011.
- Stenius, Kerstin: Jälkisanat. *Järjestelmänäkökulma Suomen päihdehuoltoon*. Artikkelissa: Babor, Thomas F. & Stenius, Kerstin & Romelsjö, Anders: *Päihdehuollon järjestelmät kansanterveyden näkökulmasta*. Teoksessa: Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja (toim.): *Irti päihdeongelmista*. Helsinki: Edita, 2009.
- Uusi mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus EMPPU avaa ovensa 12.4. (2011). URL: <http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;29;37412;7474;122134>. Viitattu 30.9.2011.